

## IV

## BRONCHITE DES CARDIAQUES

Avec Lasègue, on peut distinguer la *bronchite dans les affections mitrales* et la *bronchite dans les affections aortiques*, et joindre à ces deux types primordiaux le *type mixte* qui tient à la fois de l'un et de l'autre.

1° **Bronchite dans les affections mitrales.** — « La bronchite mitrale se caractérise par une congestion hypostatique des poumons avec râles humides sous-crépitanants, allant en décroissant graduellement de bas en haut : en même temps, existe d'ordinaire à la base un léger épanchement pleural. C'est là une bronchite à marche lente, progressive, sans accès, torpide pour ainsi dire, et produisant une suffocation graduelle qu'exagère le mouvement. Et c'est là le symptôme capital de la bronchite mitrale que cette dyspnée diurne, subite, succédant au moindre effort, alors que nous avons vu l'asthmatique emphysémateux, dont les nuits se passent dans l'angoisse respiratoire, exécuter pendant le jour les travaux les plus divers, sans que ses poumons semblent s'en apercevoir. » (Lasègue). Dans la bronchite mitrale, la toux est très variable; quand elle est intense, elle fatigue beaucoup le malade; l'expectoration est muco-purulente et plus ou moins abondante suivant les cas. La bronchite est parfois révélatrice d'une affection mitrale; elle est souvent le premier indice de la défaillance cardiaque. Rien n'est fréquent comme de voir des malades qui ne se plaignent que de tousser et chez lesquels un examen attentif fait découvrir, à côté de la bronchite, une insuffisance mitrale ou un rétrécissement mitral.

2° **Bronchite dans les affections aortiques et dans l'artério-sclérose.** — Ici, dit Lasègue, on ne trouve pas, comme dans la bronchite mitrale, cette gamme de râles humides allant *crescendo* du sommet à la base, et l'épanchement pleural fait défaut; ce qui domine, ce sont de petits foyers de râles sous-crépitanants, ou presque crépitanants, disséminés, et s'accompagnant subitement, lorsqu'ils paraissent, d'accès de suffocation parfois terribles, sans qu'on puisse songer à un infarctus, cause ordinaire de ces dyspnées subites. Pendant ces accès, le malade tousse violemment, mais l'expectoration est rare; les crachats peuvent présenter un aspect rouillé, mais sans jamais aller cependant jusqu'à l'hémoptysie fractionnée de l'infarctus. La bronchite des lésions aortiques disparaît souvent avec la brusquerie de son entrée.

Ainsi, « la bronchite mitrale est une bronchite par stase veineuse, passive, indolente; la bronchite aortique est une bronchite par hyperémie artérielle active, à crises ». (Lasègue.)

3° **Bronchite dans les affections valvulaires complexes et dans les myocardites.** — Lorsque l'artério-sclérose, avec ou sans insuffisance aortique, coexiste avec des lésions mitrales, surtout lorsqu'il y a sclérose du myocarde (que celle-ci soit ou non accompagnée de lésions valvulaires), on observe un type de bronchite cardiaque qui n'a plus la netteté des précédents, mais qui associe

leurs caractères (1). Les accidents éclatent quelquefois à l'occasion d'un simple rhume. Dès lors, il y a une oppression presque continuelle, interrompue de loin en loin par des crises de suffocation. Le poumon est envahi par de gros râles humides ayant leur maximum à la base. Pendant les accès de suffocation, on constate des foyers de râles plus fins. Dans d'autres cas, on observe seulement une série de poussées bronchitiques décrites par M. Huchard sous le nom de *bronchite à répétition de la myocardite scléreuse*.

Ce que nous venons de dire laisse pressentir que, dans ces accidents thoraciques des cardiopathes, la bronchite n'est pas tout, mais que la congestion et l'œdème pulmonaires s'associent à elle dans une mesure variable; et c'est cette association qui donne à ces accidents un caractère particulier. Parfois la production d'un infarctus vient encore modifier le tableau clinique. Ces accidents se compliquent d'ordinaire d'un emphysème plus ou moins généralisé.

La *pathogénie* des bronchites cardiaques sera étudiée avec celle des bronchites albuminuriques.

**Traitement.** — Ce ne sont pas les médications ordinaires de la bronchite qu'il faut ici mettre en œuvre. On l'a dit avec raison, la maladie est au poumon, mais le danger est au cœur (Huchard). La bronchite des aortiques nécessite l'usage de la révulsion, des iodures ou des bromures; la bronchite des mitraux doit être soignée par les régulateurs du cœur; elle est justiciable de la digitale. M. Renaut (de Lyon) joint à la digitale l'ergot de seigle comme tonique des vaisseaux. Quand la toux est assez intense pour augmenter la cyanose et les troubles circulatoires, on est tenté d'administrer les stupéfiants. Mais ceux-ci peuvent être dangereux en exagérant l'encombrement des voies respiratoires. Dans ces conditions, M. G. Sée conseille l'usage de l'iodure de potassium, qui dégage les bronches, rend la toux plus facile et agit favorablement sur le myocarde.

## V

## BRONCHITES ALBUMINURIQUES

Lasègue a décrit avec soin les « bronchites albuminuriques ». Sous ce nom, il entendait l'ensemble des accidents thoraciques du mal de Bright, sauf l'œdème aigu du poumon qu'il ne connaissait pas. On peut accepter la description de Lasègue, lorsqu'on est prévenu de la manière dont il a défini le sujet.

Lasègue distingue trois types principaux de bronchite albuminurique :

1° La forme la plus simple et la plus commune, c'est l'*œdème broncho-pulmonaire fugace et migrateur*. Le malade tousse peu; mais une dyspnée plus ou moins vive lui fait demander l'assistance du médecin. Cette dyspnée a des paroxysmes; elle ne s'accroît pas par le mouvement; elle est plus vive pendant la nuit que pendant le jour; elle met le malade en orthopnée. C'est le *pseudo-asthme albuminurique*. A l'auscultation, dans un ou plusieurs points qu'il faut chercher avec soin, on entend des râles crépitanants sans souffle, agglomérés de

(1) HUCHARD, Dyspnée cardiaque; *Semaine méd.*, 1890, p. 125; et *Traité des maladies du cœur*. — RENAUT, Myocardite segmentaire essentielle des vieillards; *Gaz. des hôpitaux*, 1890, p. 202.

manière à constituer des foyers. Ces foyers n'ont pas de siège fixe; ils se produisent tantôt dans les portions supérieures, tantôt à la base des poumons, souvent dans les régions axillaires. Ils n'occupent jamais un lobe entier. Ils sont très mobiles; ils changent quelquefois de place dans le courant d'une auscultation de quelques minutes; ailleurs, ils se maintiennent au même siège pendant plusieurs jours, rarement au delà; dans ce dernier cas, s'ils sont localisés au sommet du poumon, ils peuvent en imposer pour la tuberculose<sup>(1)</sup>.

Cette forme est apyrétique; elle est souvent de peu de durée; mais elle réapparaît avec une extrême facilité. Elle est souvent le premier indice qui met sur la voie d'une albuminurie commençante ou jusque-là latente.

2° La deuxième forme constitue la *bronchite albuminurique proprement dite*; elle survient chez des albuminuriques avérés, elle se déclare souvent subitement et acquiert du premier coup une grande intensité. Le malade éprouve une dyspnée intermittente, à paroxysmes. La toux est fréquente, elle s'exagère durant les crises d'oppression; elle s'accompagne de l'expectoration de crachats muqueux ou muco-purulents, souvent mélangés de sang diffus ou de filaments noirâtres. L'auscultation montre que la bronchite a une évolution ascendante; elle part des alvéoles pour monter vers les bronches; tout d'abord on ne constate que des foyers d'œdème semblables à ceux de la première forme; ce n'est que plus tard qu'apparaissent des râles muqueux et sous-crépitaux et des râles ronflants et sibilants.

Cette forme, indice d'un mal de Bright avéré, se produit sans fièvre; elle peut disparaître au bout d'un certain temps, mais elle est sujette à des rechutes.

3° La troisième forme éveille l'idée d'une véritable *broncho-pneumonie*. Elle débute souvent, comme les précédentes, avec une certaine brusquerie, elle s'accompagne fréquemment d'un état fébrile. La toux est répétée, intense, et s'accroît tous les jours; l'expectoration est abondante et parfois sanguinolente. L'oppression est vive; elle est continue avec paroxysmes. A l'auscultation, on entend des signes de bronchite généralisée avec des foyers de râles crépitaux qui persistent alors que les râles de bronchite ont disparu. L'affection suit ici une marche descendante; ce qui le prouve bien, c'est que la bronchite réapparaît au début de chaque poussée nouvelle et qu'elle disparaît la première, laissant après elle le foyer pulmonaire.

Lasègue se demande si cette troisième forme n'est pas une broncho-pneumonie vulgaire greffée sur le terrain brightique. En tout cas, ce qui la distingue, c'est que, malgré l'état cachectique, elle guérit habituellement.

Enfin, lorsque le mal de Bright atteint le dernier terme de son évolution, dans les moments qui précèdent la mort, il se produit ordinairement une congestion œdémateuse diffuse avec de gros râles humides dus à la stase du mucus bronchique.

**Pathogénie des bronchites cardiaques et des bronchites albuminuriques.** — Il est facile de voir que le tableau tracé par Lasègue des bronchites albuminuriques a plus d'une ressemblance avec celui des bronchites cardiaques.

Qu'observons-nous dans les deux cas?

1° Des congestions et des œdèmes passifs des bronches et du poumon,

<sup>(1)</sup> E. HIRTZ et P. MERKLEN, Diagnostic de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose, *La Presse médicale*, 28 déc. 1898. — SICHÈRE, Bronchites albuminuriques, diagnostic avec la tuberculose; *Thèse de Paris*, 1899, n° 57.

lésions à siège fixe, occupant les parties déclives; incontestablement il s'agit d'accidents mécaniques dus à l'affaiblissement de l'action du cœur, affaiblissement qui est la règle dans les cardiopathies, et qui accompagne souvent, on le sait, l'évolution du brightisme;

2° Des congestions et des œdèmes des bronches et du poumon, actifs, mobiles, passagers, variables, mais récidivant avec facilité. Ici nous pensons qu'il s'agit d'accidents nerveux liés à un trouble des vaso-moteurs des bronches et des poumons. Dans le mal de Bright, ces accidents sont sans doute dus aux poisons urémiques qui frappent les vaso-moteurs des bronches et du poumon, soit directement dans leurs ramifications terminales, soit à leur origine bulbo-médullaire. Dans les cardiopathies, il est vraisemblable qu'il s'agit d'accidents ayant une origine analogue et qu'il faut inriminer, soit l'intoxication qui accompagne l'insuffisance rénale, soit celle qui résulte de l'insuffisance de l'hématose (auto-intoxication par l'acide carbonique).

C'est pour obéir aux exigences de la pathologie que nous avons décrit séparément les bronchites cardiaques et les bronchites albuminuriques. Au lit du malade, les faits n'offrent pas toujours une distinction bien tranchée; la limite qui sépare les accidents cardiaques et les accidents albuminuriques est parfois impossible à tracer.

**Traitement.** — Le lait, quelquefois l'iodure de potassium, la révulsion sur les lombes, en agissant favorablement sur la lésion rénale, améliorent les bronchites albuminuriques. Contre la bronchite elle-même, l'application répétée de ventouses sèches sur le thorax, en nombre presque illimité, est le meilleur moyen de soulagement (Lasègue). Les calmants ne donnent pas de résultats favorables. La dérivation intestinale est au contraire assez efficace.

Les lésions rénales et les lésions cardiaques coexistent et se conjuguent souvent pour produire la bronchite chronique. En pareil cas, le médecin devra savoir, à l'occasion, combiner le traitement des bronchites cardiaques à celui des bronchites albuminuriques.

## VI

### BRONCHITES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LES ÉTATS ADYNAMIQUES ET CACHECTIQUES

Les bronchites qui s'observent si communément dans les états généraux graves (fièvre typhoïde, typhus, états typhoïdes, adynamiques ou cachectiques) présentent trois caractères communs: 1° elles sont souvent bénignes et ne nécessitent d'autre traitement que celui de l'état morbide primordial; il est exceptionnel qu'elles soient graves et qu'elles deviennent par elles-mêmes une source d'indications thérapeutiques; 2° elles s'accompagnent ordinairement de congestion pulmonaire avec pneumonie épithéliale (splénisation); 3° elles ne s'accompagnent pas nécessairement de coryza et de laryngite.

**Bronchite dans la fièvre typhoïde.** — Dans la fièvre typhoïde, la bronchite est constante: elle survient dès le début, le quatrième ou cinquième jour, d'après

Louis, et ne disparaît qu'à la convalescence. Dans le plus grand nombre des cas, elle est légère, bénigne, et n'est presque jamais une source d'indications thérapeutiques; mais, par sa constance, elle a une très grande valeur pour le diagnostic. Ordinairement, la bronchite de la fièvre typhoïde s'accompagne d'une pneumonie lobulaire légère avec congestion plus ou moins prononcée (splénisation).

Cependant la trachéo-bronchite de la fièvre typhoïde peut présenter une très grande intensité, ce qui paraît dépendre des épidémies. C'est dans ces formes intenses que l'inflammation gagne les parties profondes et peut provoquer des lésions des cartilages (chondrite, périchondrite, nécrose, abcès, etc...); c'est dans ces mêmes formes qu'on peut voir se développer une broncho-pneumonie grave.

M. Billout<sup>(1)</sup> a décrit, sous l'inspiration de M. Gilbert, une bronchite *initiale intense*; il suppose qu'il s'agit d'une localisation précoce du bacille typhique, d'une *broncho-typhoïde*, ce qui n'est encore qu'une hypothèse. N. Guéneau de Mussy et Millée<sup>(2)</sup> ont décrit les mêmes faits sous le nom de *fièvre typhoïde à début grippal*, admettant que grippe et dothiéntérie peuvent se développer et évoluer de concert chez le même sujet, surtout en temps d'épidémie grippale; quelques sujets, après une fièvre typhoïde, conservent une susceptibilité très grande des bronches; ils contractent des bronchites qui peuvent se compliquer de broncho-pneumonie, laquelle peut être mortelle, ou se terminer par la guérison, ou par la sclérose du poumon, ou par la phtisie pulmonaire<sup>(3)</sup>.

Il est probable que les bronchites de la fièvre typhoïde sont, dans le plus grand nombre des cas, des bronchites infectieuses non spécifiques. Si le bacille de la fièvre typhoïde a été trouvé quelquefois dans les poumons et les petites bronches (Chantemesse et Widal, Polguère)<sup>(4)</sup>, sa présence n'a pas été constatée, que nous sachions, dans la paroi des grosses et moyennes bronches enflammées.

## VII

## BRONCHITE MALARIENNE

Le paludisme peut-il donner naissance à une *bronchite intermittente*, espèce de fièvre larvée? C'est ce qu'admettent Broussais, Laënnec et d'autres auteurs; c'est ce qu'admet aussi Gintrac qui a bien résumé les travaux antérieurs sur ce sujet. D'après ce dernier auteur, voici ce que l'on peut observer dans les pays à malaria: un paludique a un accès de fièvre avec ses trois stades; le stade de chaleur s'accompagne de toux, d'expectoration et d'oppression considérable; tous ces symptômes disparaissent avec l'accès. Plus récemment, Groeser a cité un paludique qui avait, *tous les matins*, sans fièvre, la rate étant normale, les signes d'une bronchite très intense qui disparaissait le soir<sup>(5)</sup>. Ces états morbides cèdent à l'usage du sulfate de quinine.

(1) BILLOUT, Bronchite dans la fièvre typhoïde; *Thèse de Paris*, 1890.

(2) MILLÉE, De la fièvre typhoïde à début grippal; *Thèse de Paris*, 1884.

(3) HUTINEL, Convalescence et rechutes de la fièvre typhoïde; *Thèse d'agrég.*, 1885.

(4) POLGUÈRE, Des infections secondaires. Leur localisation pulm. au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie; *Thèse de Paris*, 1888. — G. BRUNEAU, De la nature des complications broncho-pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde; *Thèse de Paris*, 1895.

(5) GROESER, *Berliner klin. Woch.*, 6 oct. 1890.

## VIII

## LES BRONCHITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

**Remarques générales sur les bronchites pseudo-membraneuses.** — Les concrétions pseudo-membraneuses des bronches, reproduisant le moule des ramifications bronchiques, ont été signalées par Hippocrate, Galien, et un très grand nombre d'auteurs anciens. Mais ces polypes des bronches, ainsi qu'on les appelait, apparaissaient comme des raretés, et de plus on les considérait comme caractérisant une seule et même espèce morbide. Sur ce point, la confusion n'a guère commencé à se dissiper que de nos jours.

On a isolé d'abord la *bronchite pseudo-membraneuse diphtérique*. Celle-ci, signalée par Bretonneau et Trousseau, fut étudiée par M. Peter et M. Millard. Malgré la description très nette de ces auteurs, on confondit longtemps encore avec la diphtérie bronchique la bronchite pseudo-membraneuse pneumonique, et la bronchite pseudo-membraneuse chronique. D'autre part, quelques auteurs, en particulier Nonat (1837) et Remak (1845), avaient montré que, dans la pneumonie, il peut y avoir expectoration de moules bronchiques fibrineux. Ce phénomène peut s'observer dans toute pneumonie; mais il s'observe surtout dans la pneumonie *massive* (Grancher). En outre de ces deux ordres de faits, on a vu que l'exsudat de certaines bronchites pouvait, *accidentellement*, devenir pseudo-membraneux. Dans la *variole*, par exemple, l'éruption trachéo-bronchique peut aboutir à la formation d'une couenne. Gubler a vu, dans un cas d'*érysipèle* grave, le malade cracher un polype des bronches dans lequel le microscope décela en abondance le champignon du muguet<sup>(1)</sup>. Mader a observé un cas de pemphigus compliqué de bronchite pseudo-membraneuse et considère celle-ci comme le résultat d'un pemphigus des voies respiratoires.

On a décrit enfin une bronchite pseudo-membraneuse *primitive, essentielle*, n'ayant aucun rapport avec une maladie connue, et présentant une forme aiguë et une forme chronique. Que faut-il penser de cette affection? La réponse est difficile à fournir, à l'heure actuelle. Ni l'histo-chimie ni la bactériologie n'ont encore éclairci la question. L'histo-chimie montre que la bronchite diphtérique et la bronchite pneumonique donnent naissance à des moules fibrineux; elle montre aussi que la bronchite pseudo-membraneuse idiopathique est fibrineuse dans sa forme aiguë; mais pour la forme chronique, celle que P. Lucas-Championnière a bien décrite, l'examen histo-chimique donne des résultats très différents; tantôt l'exsudat est muco-albumineux (Grancher), tantôt fibrineux (Caussade), tantôt graisseux (Model)<sup>(2)</sup>. La bactériologie montre qu'une même forme clinique peut être en relation avec des microbes divers.

*Caractères généraux des moules bronchiques.* — Voici, d'après Remak, les

(1) CANEVA, *Thèse de Paris*, 1852.

(2) GRANCHER, in thèse de P. Lucas-Championnière. De la bronchite pseudo-membr. chronique, 1876, Paris. — CAUSSADE, *Société anatomique*, 1889. — MODEL, Bronchite fibrineuse; *Dissertation inaugurale de Fribourg*, 1890. — REGARD, *Thèse de Berne*, 1887. — ROQUES, Un cas de bronch. pseudo-membr., *Province méd.*, 1890, sept.